



112262
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

10.
2ej

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO DE CHIAPAS**

ISSTECH

UNIDAD ACADEMICA

**CALIDAD DE LOS SERVICIOS MEDICOS BRINDADOS POR
LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH
DE LA CIUDAD DE TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

Dr. Félix Cabrera Rodríguez

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS; OCTUBRE DE 1999

271314
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

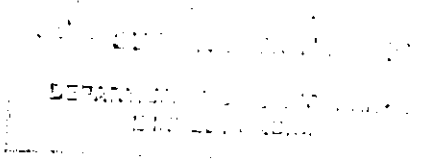
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**CALIDAD DE LOS SERVICIOS MEDICOS BRINDADOS
POR LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL
ISSTECH DE LA CIUDAD DE TUXTLA GUTIERREZ,
CHIAPAS.**

PRESENTA

DR. FELIX CABRERA RODRIGUEZ

AUTORIZACIONES



DR. ESTUARDO DE GANGES ARGUDIN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL ISSTECH

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

ASESOR DE TESIS

DRA. GUADALUPE SARMIENTO POUMIAN
MAESTRA EN CIENCIAS EN DOCENCIA EN CIENCIAS DE LA SALUD Y
MEDICO DE LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH
ASESOR DE TESIS

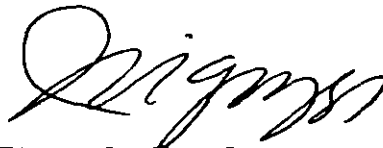
**CALIDAD DE LOS SERVICIOS MEDICOS BRINDADOS
POR LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL
ISSTECH DE LA CIUDAD DE TUXTLA GUTIERREZ,
CHIAPAS.**

PRESENTA

DR. FELIX CABRERA RODRIGUEZ

AUTORIZACIONES

~~**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA**
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.~~



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U..N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

A DIOS

Por haberme permitido terminar una meta más, iluminándome en los momentos más difíciles para no perder la fé, y superarme cada día más, en beneficio de mis pacientes.

GRACIAS

A MIS PADRES:

**Sr. Félix Cabrera Díaz y
Sra. Luvia Rodríguez Rosales**

Porque siempre me brindaron su apoyo y amor, guiandome por el camino del estudio y la superación constante.

A MI FAMILIA:

Nancy Iveth, Jonathan Félix y Nancy Iveth

Porque ellos son el motivo principal de mi superación constante.

A MIS HERMANOS:

Gilbert, Hugo, Edy y Marisela Cabrera Rodríguez
Con mucho cariño.

A MI ASESOR DE TESIS EN MEXICO, D.F. Dr. Isaías Hernández Torres

Quien con su orientación y apoyo inigualables me permitió culminar ésta etapa de formación académica.

A MI ASESOR DE TESIS EN TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

Dra. Guadalupe Sarmiento Poumián

Quien con su conocimiento y apoyo me ayudó a concluir ésta tesis, y así, poder cumplir un paso más hacia la meta fijada.

**UN RECONOCIMIENTO MUY ESPECIAL A LOS PROFESORES
DEL CURSO**

Dr. Fernando Tapia Garduño

Por ser un gran amigo e iniciador del curso y que siempre está dispuesto a brindar su ayuda.

Dr. Estuardo de Ganges Argudín

Gran amigo que a pesar de los múltiples problemas, superó y concluyó el curso.

A TODAS AQUELLAS PERSONAS

Que por falta de espacio, es imposible mencionar una a una, pero que con palabras de aliento y consejos, me ayudaron a continuar por este camino de lucha constante.

QUE DIOS BENDIGA A TODOS...

GRACIAS

INDICE

TITULO.....	7
MARCO TEORICO.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	38
JUSTIFICACION.....	39
OBJETIVOS.....	42
METODOLOGIA.....	43
RESULTADOS.....	45
GRAFICAS.....	48
DISCUSION.....	56
CONCLUSIONES.....	59
PROPUESTA.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	62
ANEXOS.....	66

**CALIDAD DE LOS SERVICIOS MEDICOS BRINDADOS
POR LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL
ISSTECH DE TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.**

MARCO TEORICO

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del Sector Salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; para mejorarla, en los sistemas de salud se han elaborado diversas acciones como: organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad; sistemas de monitoría, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros. (1,

2)

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida. Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Por ejemplo, es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener

mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales. Asimismo, es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de la atención, mediante establecimiento de estándares de desempeño, ésto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención. (1)

En su esencia, el concepto “calidad” significa conformidad con normas, que varían de una sociedad a otra.

Para Donabedian, la calidad es un atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo a valores sociales imperantes. La calidad, implica por definición, los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma.

Se consideran tres componentes de la atención a la salud:

- 1) La atención médica.
- 2) El manejo de la relación interpersonal.
- 3) El ambiente físico en que se desarrollan los procesos de la atención.

En México, actualmente se escucha con frecuencia el término “calidad y calidez”. En estricto sentido ambas palabras se refieren a lo mismo. En efecto, “calidez” se refiere a una de las dimensiones que integran el concepto “calidad”, ésto es, la dimensión interpersonal que de manera muy efectiva y eufónica, ha sido enfatizada dando la impresión, por otra parte, de que “calidad” se refiere sólo a la dimensión técnica, aún cuando no es así. En éste caso, sin embargo, debe reconocerse pragmática, que no académicamente, el alto mérito de éste cuño.

Al considerar la definición anteriormente presentada, en la que se incluyen tanto beneficios como riesgos, y las dimensiones que la integran, es muy importante señalar que, a diferencia de la típica definición de calidad que se establece en el ámbito de la producción de bienes o de otro tipo de servicios donde se declara básicamente como el grado de satisfacción del cliente o consumidor con el bien o servicio adquirido, en el

caso de la atención a la salud la calidad no puede expresarse solamente como satisfacción, aún cuando ésta sí constituye un elemento indispensable para juzgarla.

No parece haber razones que impidan a los sistemas de salud comportarse como empresas, con un producto social definible en términos de salud y, por lo tanto, de una gestión empresarial con criterios de efectividad, eficiencia, calidad y equidad. Esto debe hacerse en el contexto de los conocimientos actuales a partir de los recursos existentes y de las limitaciones inherentes a los mismos, buscando la conjunción de la visión tecnológica con la percepción que la comunidad tiene de sus propios problemas, respetando e incorporando en la medida de lo posible sus propias prácticas (factores culturales y co-gestión). La contribución de la gerencia radica en la identificación de las expectativas que los usuarios tienen de los servicios de salud, así como de la propiedad de las acciones de salud contrastadas con dichas expectativas.

La calidad en la prestación de los servicios en unidades médicas puede enfocarse desde distintos puntos de vista y en función de expectativas diferentes:

- a) En cuanto a su otorgamiento por las instituciones y sus trabajadores.
- b) Por su recepción por parte de la persona que la requiere.

La satisfacción del usuario constituye un elemento particularmente importante para la evaluación de los servicios médicos. En primer lugar, es un “resultado” de valor incuestionable, ya que está relacionada con el bienestar que la salud intenta promover; en segundo, contribuye a una óptima atención porque es más probable que el paciente participe de una manera más efectiva; y, en tercero, la satisfacción y el descontento constituyen los juicios de valor de la persona sobre la calidad de la atención recibida y sus resultados.

Los derechohabientes que acuden a las unidades médicas, esperan contar con servicios accesibles, tanto en distancia y transportación, como en lo referente a los trámites requeridos para poder disponer de ellos; así mismo, los usuarios esperan una atención amable y oportuna, un ambiente agradable en cuanto a iluminación, ventilación, privacidad, comodidad, funcionalidad, orden y aseo. Contar con la información suficiente y clara, por parte del personal que lo atiende y que éste se encuentre capacitado, ya sea técnica y/o profesionalmente de

acuerdo al tipo y nivel de operación de las unidades, son otras de las expectativas. (3, 4)

En el contexto médico, Donabedian, Wheeler y Wyszewansky, identifican dos tipos de eficiencia:

- a) La clínica, determinada por la calidad de la atención, que se refiere a la provisión de la mejor atención posible en la que se combinan los tiempos y la secuencia de servicios de tal manera que se produzca el mayor incremento en salud para el paciente, dados los recursos disponibles; y
- b) La eficiencia en la producción de servicios, tomando en cuenta la calidad del sistema de producción aunque no como un componente de la calidad de la atención en sí misma, sino, más bien, como parte de la calidad de todo el proceso de producción de servicios.

Frank, Ruelas, Donabedian, añaden otra dimensión a ésta definición, que es la eficiencia administrativa, en donde las diferentes interacciones se dan en el contexto de un hospital o clínica con el fin de producir salud.

Por otra parte, los economistas de la salud proponen que la eficiencia económica implica que las elecciones en la asistencia médica deben realizarse de tal forma que se logre el beneficio total máximo de los recursos

a disposición de la comunidad. En consecuencia, está implícito que un tratamiento o la demanda de un servicio médico no puede preferirse por encima de otro únicamente por ser menos costoso. La elección dependerá al mismo tiempo, de los beneficios y de los costos relativos. (5, 6)

Es importante señalar que existe una relación indirecta, como ya se mencionó en líneas anteriores, entre la cantidad de servicios y la calidad de los mismos. Si la cantidad de servicios proporcionados es insuficiente, los beneficios esperados tienden a disminuir. Por el contrario, una excesiva cantidad de servicios, puede conducir a un incremento en los riesgos a los que se expone al paciente. Esta relación entre cantidad y calidad implica, necesariamente, una relación entre costos y calidad.

Así, cuando la atención es excesiva y dañina, es más costosa y de menor calidad; cuando la atención es excesiva pero no produce daños, es también más costosa, pero ese costo no corresponde a los beneficios esperados de acuerdo al costo y ello significa desperdicio.

Existe, pues, una relación entre beneficios-riesgos-costos, en la que el hipotético valor neto de la calidad podría calcularse al restar a los beneficio la suma de los riesgos más los costos, es decir: $\text{calidad} = \text{beneficios} - \text{riesgos} - \text{costos}$

(riesgos más costos).

Existe otra relación interesante entre la calidad y los costos, que se manifiesta no por el impacto de una pobre calidad en los costos, sino a la inversa; es decir, por el impacto de los costos sobre la calidad. En efecto, existe una clara evidencia de que un incremento en los costos, con el propósito de incrementar así la calidad, proporcionando mayores recursos, no necesariamente conduce al efecto deseado. Baste los gastos per capita en salud de diversos países para constatar que no siempre quienes gastan más obtienen mejor calidad y efectividad. Nuevamente a la relación entre costos y calidad subyace la relación entre cantidad y calidad antes expuesta.

Por último, Ullman señala que existe una percepción no totalmente justificada de que la calidad y el control de costos son incompatibles debido a que, por una parte la calidad cuesta y, por la otra, los controles de costos afectan la calidad. Este autor demuestra que la aparente incompatibilidad es inexistente como afirmación absoluta. Aunque existen algunos aspectos tendientes a mejorar la calidad, que sí impactan los costos, por ejemplo la inversión en bienes de capital, aquellos aspectos relacionados con la mano de obra intensiva, como la calidad técnica de los profesionales

de la salud o sus actitudes, pueden mejorar la calidad de manera sustantiva sin afectar negativa y necesariamente los costos. (3)

En éste aspecto, es necesario que las instituciones de salud, realicen estudios de contabilidad de costos para determinar los costos y los beneficios que garanticen la calidad de la atención. (7)

Uno de estos estudios es el realizado por J. Soto Alvarez y P. Fernández Cano denominado “Análisis de evaluación económica de medicamentos en atención primaria: concepto, metodología y aplicaciones prácticas”. (8)

Trabajos como estos, permiten los análisis de evaluación económica de medicamentos, que van a relacionar el costo de los medicamentos empleados con los resultados clínicos obtenidos, pudiéndose cuantificar qué alternativa terapéutica de entre las existentes es la más eficiente, o sea, cual producirá mejores resultados clínicos en la práctica asistencial con un menor consumo de recursos sanitarios, y que finalmente también redundará en la calidad de la atención en cuanto a resultado del tratamiento para obtención de salud en el paciente. (9)

En éste apartado es interesante también el mencionar el uso racional

de los medicamentos, sin menoscabo de la calidad de atención en los usuarios. (10)

Otro intento de abatir costo manteniendo y mejorando la calidad, se realizó en Brasil, mediante el uso experimental del “Sistema Experto de Diagnóstico Clínico para el Apoyo de la Primera Consulta”. (11)

Al estudiar la satisfacción y preferencias de los usuarios con la consulta y la interacción médico-paciente, es necesario mencionar a M. Balint, B. Korch y cols., M. Davis, cuyos clásicos trabajos, hablan de la importancia de la comunicación en la interacción ya mencionada y su relación con la satisfacción y los resultados en la atención médica. (12, 13, 14)

J. Torio Bértmudez y M. C. García Tirado en “Relación Médico-Paciente y Entrevista Clínica (I): Opinión y Preferencias de los Usuarios”, mencionan que en las últimas décadas la relación médico-paciente ha recibido gran atención, en relación a la calidad de la atención médica y que para evaluarla, Pendleton plantea la necesidad de tener en cuenta todos los resultados de la consulta, desde los inmediatos (satisfacción, comprensión, recuerdo), a los intermedios (cumplimiento) y a largo plazo (cambio de salud).

En ésta línea, Ley propuso un modelo según el cual el aumento en el grado de comprensión del paciente incrementaría su recuerdo y satisfacción con el acto asistencial, lo que favorecería un mejor cumplimiento y por ende una mejor salud.

De acuerdo a lo anterior, una estrategia obvia para incrementar el cumplimiento sería la de aumentar la calidad de la información dada, comprobando su comprensión e identificando potenciales barreras al cumplimiento para adoptar las medidas oportunas.

Este proceso de comunicación, que podríamos denominar “técnico”, se complementa con la necesidad de dar un enfoque distinto a la relación médico-paciente modificando la posición autoritaria tradicional del médico y haciendo énfasis en trabajar con el paciente en lugar de trabajar para él. De ésta forma, surge el concepto de consulta centrada en el paciente en contraposición a la centrada en la enfermedad (o en el médico); estos términos propuestos por M. Balint en 1970, se refieren a una forma dual de entender la interacción médico-paciente que se producen en la consulta. Así, la consulta centrada en el paciente intenta comprender las quejas y los signos y síntomas como expresión de las tensiones, conflictos y problemas

del paciente en contraste de la consulta centrada en la enfermedad que elude dichos aspectos haciendo especial énfasis en las bases patológicas del proceso.

Dado que el término consulta centrada en el paciente es un concepto difuso, algunos autores la han caracterizado como aquella en la que se tiene en cuenta -junto a los problemas del paciente- sus ideas y expectativas, se considera a las emociones como responsables de los aspectos médicos del problema y se informa al paciente para que sea capaz de responsabilizarse de su propia salud.

Otro concepto dual, en relación al papel adoptado por el médico, es el de consulta directiva o autoritaria en contraposición con el de consulta no directiva o compartida. La principal diferencia entre el término consulta centrada en el paciente y consulta no directiva se refiere al grado de implicación del paciente en las decisiones a adoptar; si bien, para la mayor parte de autores la implicación del paciente forma parte de la autoresponsabilización incluida en el concepto de consulta centrada en el paciente.

Por otra parte, aunque es ampliamente reconocida la necesidad de

considerar e incorporar las preferencias de los pacientes, son escasos los estudios que intentan conocerlas en cuanto a la interacción médico-paciente y el papel a adoptar por ambos, pues al analizar la satisfacción normalmente no incluyen entre sus características estos aspectos, lo que condiciona que desconozcamos, en gran medida, la opinión que sobre la relación médico-paciente y la entrevista clínica presentan sus protagonistas: pacientes y médicos. (15)

Uno de los pocos estudios que han abordado lo anterior es el de Helen Halpin Schaufler, Tracy Rodríguez y Arnold Milstein denominado “Health Education and Patient Satisfaction”. (16)

En los países latinoamericanos la dimensión de las relaciones interpersonales prevalece sobre la dimensión técnica de la calidad, siendo mayor el reto, dado que se emplean sistemas de países industrializados, enfocados principalmente a la mejoría de los procesos técnicos, por medio de la monitoría del desempeño, la vigilancia extrema y la centralización del proceso de mejoría-garantía. Diseñar y establecer instrumentos propios de evaluación congruentes con nuestra realidad, propicia las condiciones de igualdad que favorecen la participación en la búsqueda de la calidad.

Con la finalidad de contribuir a mejorar la atención en las instituciones del Sector Salud, se implantó el Programa de Mejoría de Calidad de los Servicios de Salud del DDF, con un modelo no prescriptivo y descentralizado, de carácter voluntario y participativo.

Para ello, se establecieron dos fases o etapas fundamentales: la generación de una cultura de compromiso hacia la calidad y la instalación de estructuras para mejorarla.

Se han desarrollado, hasta la fecha, acciones educativas y motivacionales de promoción-comunicación-participación, orientadas a modificar actitudes, entender las necesidades del cambio, reconocer la importancia que tiene la satisfacción del paciente, así como la de los trabajadores de la institución. Se integraron grupos multidisciplinarios responsables del desarrollo del programa a nivel operativo, para incidir en el medio organizacional y laboral. La difusión de los mensajes e ideas se hizo por medio de carteles, trípticos, videoprogramas y talleres que contribuyen de forma progresiva y continua al reforzamiento de los objetivos.

Actualmente se está realizando la valoración inicial del proceso e impacto del programa, considerando los cambios de actitud a partir de la

satisfacción laboral como factor relevante del proceso de calidad.

La satisfacción del trabajador en el desempeño de sus funciones es considerada por diferentes teóricos e investigadores en Ciencias Sociales como un factor determinante de la calidad de la atención, ésta aportación se aplica en los modelos de evaluación de los servicios de salud.

La evaluación del desempeño y satisfacción laboral de los prestadores de servicios en salud, es una actividad esencial en la administración, ya que permite establecer estándares del comportamiento laboral, útiles en la valoración de la calidad de la atención. (17)

La creencia ha sido que una buena calidad está implícita en el propio ser del médico o de la enfermera; que el médico por ser tal, es buen médico; que la calidad existe por el simple hecho de tener un servicio de salud, sea hospital, clínica o consultorio. Por ello, no tiene mucho sentido hablar de la calidad, la calidad existe y punto. Por ello también, la calidad es tan subjetiva que no es posible medirla y, en consecuencia, no tiene sentido enjuiciarla. La calidad está en cada médico y nadie ni sus colegas pueden juzgarlo. Y ésto es un error.

Otras falsas creencias son: que la cantidad es calidad, que debe existir

calidad a cualquier costo, que la calidad mejora por inspección y que la calidad de los servicios de salud depende exclusivamente de los servicios de salud.

Hoy es cada vez más difícil aceptar que un médico ofrezca servicios de alta calidad por el hecho de ser médico; o que un hospital o clínica es “bueno”, porque para ello existe.

También se está plenamente consciente de que la mera existencia de servicios de salud no significa que estos se otorguen con calidad, es decir, que ofrezcan los mayores beneficios posibles a los pacientes con los menores riesgos. No podemos ocultar las complicaciones iatrogénicas. Existen además múltiples estudios en México y en muchos otros países, que se sabe de la calidad de la atención médica en México, en calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud.

Así, más hospitales, clínicas o consultorios no significan, perse, calidad. Pueden atenderse cada vez más partos, hacerse cada día más cirugías, verse cada día más pacientes en cada consultorio y, sin embargo, eso no significa mayor calidad. Al contrario, es posible que ésta se deteriore.

Por ello, si bien debe reconocerse que, ante la insuficiencia de servicios

es necesario otorgar más, si no se consigue esa cantidad con calidad, existe el riesgo de terminar ofreciendo más riesgos que beneficios.

Los tiempos actuales exigen considerar la calidad estrechamente vinculada a la eficiencia y viceversa. Sería absolutamente pertinente pensar en un nuevo término que no fuese “calideficiencia” definido en éste campo, como la combinación de estrategias de atención a la salud que conduzcan hacia la obtención de los mayores beneficios con los menores riesgos para los pacientes, al menor costo posible. Hoy en día no parece existir otra alternativa para lograr una utilización racional de los recursos.

Por otra parte, a partir de 1983 existe en México un derecho a la protección de la salud como garantía individual constitucional. Como tal, ese Derecho debe ser, en efecto, garantizado. Más aún, garantizar significa proteger contra riesgos o necesidades, o responder de la calidad de algo. Ello significa que el profesional de la salud tiene la obligación legal y ética de garantizar la calidad de la atención que otorga.

En los servicios de salud, garantía de la calidad se entiende como: “responder del servicio que se otorga de manera que se proteja al paciente, íntegramente como ser humano, contra riesgos innecesarios y se le

proporcionen los mayores beneficios posibles”. Sin embargo, ésta definición ha tenido que ser operacionalizada con objeto de que pueda ser utilizada. (18)

En México, los servicios de salud que ofrecen el Estado y los particulares han mejorado sustancialmente y se prestan con adecuados niveles de calidad, aunque se deben reconocer las diversas limitaciones, algunas de índole económica, y otras, derivadas de problemas de organización, de administración e incluso de actitudes del personal de salud o de los propios usuarios.

Los servicios que en materia de salud ofrecen las instituciones públicas y privadas, así como los profesionales y técnicos en forma individual, deben tener como premisa principal la aspiración de satisfacer un derecho tutelado en nuestra Constitución: el derecho a la protección de la salud, que si bien no es un derecho constitucional al ser humano, contribuya a una vida plena y satisfactoria.

En el Plan nacional de Desarrollo 1995-2000 se incluye la necesidad de reformar nuestro actual sistema de salud, por lo que plantea la reestructuración de las instituciones; asimismo acepta como legítimo el reclamo de la sociedad que los servicios médicos operen con calidad y

eficiencia creciente.

Además, se creó la Comisión nacional de Arbitraje Médico, cuyo propósito principal está enfocado a contribuir a resolver en el ámbito nacional, los conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de servicios médicos. Para ello se ha dotado de plena autonomía técnica para actuar como mediador en términos de amigable composición, asegurando a unos y a otros que su actuación estará caracterizada siempre por la ética, la imparcialidad y la justicia.

La Comisión nacional de Arbitraje Médico, no es tanto un ente regulador de la conducta de los profesionales que prestan toda clase de servicios médicos, ni tampoco sancionador de presumibles conductas indeseables en la práctica médica; para ello existen ya desde hace mucho tiempo instancias que dirimen fríamente los conflictos.

La Comisión cumplirá con su compromiso de elevar la calidad de los servicios de salud en el país, si logra construir una legítima autoridad moral sobre la comunidad médica y educar a la población para que la demanda de servicios tenga como premisa el respeto. (19)

Por otro lado, la calidad de la atención y la calidad de la educación son

recíprocas, y aún cuando ésta sea una afirmación que hubiera parecido obvia desde hace muchos años, la realidad es que cada ámbito, el educativo y el de los servicios han hecho sus propios esfuerzos para mejorar la calidad, de manera independiente uno de otro. Sin embargo, cada día se hace más evidente la necesidad de hacer confluir estos esfuerzos en tanto que: no es posible mejorar la calidad de la atención si no se mejora la calidad de la educación de los profesionales de la salud. A esto se ha denominado el “ciclo iterativo de la calidad”, que permite visualizar que, a incrementos en la calidad de la atención es posible esperar incrementos en la calidad de la educación y viceversa, así como un deterioro en donde la una conduce muy probablemente a un deterioro en la otra. Tampoco mejorará en uno de estos campos si lo que se considera como calidad en éste, no coincide con lo que en el otro se define como tal.

Aunque la educación médica enfrenta grandes y muy rápidos cambios se ha intentado mejorar la calidad de la atención a la salud. Debe considerarse que la paideia sistematizada, es una herramienta estratégica fundamental para el desarrollo integral del ser humano. La buena educación no es un lujo, es más bien una necesidad primaria, patrimonio de los

pueblos cultos, ricos y civilizados.

El reto consistirá en hacerla eficiente, dinámica, y siempre actual, en beneficio de los alumnos, docentes y de la población, sin ser elitista, ni mucho menos restrictiva.

En México, hasta hace muy poco tiempo en 1993, se empezaron los primeros intentos serios de elevar la calidad de la educación médica de una manera sistematizada. La organización protagónica de éste desarrollo ha sido la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. Un año después, empezó el primer intento por vincular la calidad de la educación con la calidad de la atención médica por medio de un “sistema de enseñanza-aprendizaje enfocado en calidad” en un par de universidades.

De ésta manera nos hacemos cada vez más conscientes sobre la necesidad de incrementar la calidad, tanto de la educación como de la atención, de manera armónica. La relación entre ambas es recíproca.

No debe permitirse que el poderío creciente de la tecnología, pero privada de una sapiencia que la guíe, culmine en la deshumanización irreversible y fatal del hombre: tal es el reto mayor de nuestros días. (18, 20, 21,

Para Avedis Donabedian, las prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención, son las siguientes:

1. Redefinir el campo de evaluación.
2. Ampliar el campo de evaluación.
3. Refinar los métodos de evaluación.
4. Rediseñar los sistemas de garantía de calidad.
5. Evaluar los sistemas de garantía de calidad.
6. Promover la participación de la comunidad.
7. Dar un carácter profesional a las acciones de garantía de calidad.
8. Crear una cultura de apoyo.

Entre los temas que requieren de atención para redefinir el sentido de calidad, están los siguientes:

1. Desarrollar la base científica para la medición de la efectividad y la eficiencia.
2. Equilibrar la atención que se presta a los aspectos técnicos e interpersonales de la atención.
3. Equilibrar la atención entre la efectividad y los costos.
4. Equilibrar la valoración individual y la social.

Es importante tener en cuenta que nuestra habilidad para identificar lo que es más efectivo y eficiente en la atención a la salud, depende del conocimiento científico previo. Sin ese conocimiento nuestros juicios sobre la calidad son dudosos y se mantienen sujetos a prueba. Debido a que los aspectos técnicos e interpersonales de atención están interrelacionados, ambos se deben incluir en todo sistema de gestión de calidad. Asimismo, es importante considerar el costo de la atención y encontrar los medios que permitan evaluar los costos y los beneficios de la atención, desde el punto de vista tanto individual como social, sin afectar el compromiso de cada proveedor de salud para el bienestar individual de cada uno de sus pacientes.

Las medidas a través de las cuales se puede ampliar el campo de la garantía de la calidad son:

1. Considerar toda la atención que reciben los individuos.
2. Considerar a la población como un todo.
 - a) Dar cuenta del balance entre la eficacia y el costo.
 - b) Informar sobre los requerimientos de la equidad.

Es necesario trascender de la evaluación aislada de los casos, así como

tener una visión más integral de la atención completa que se brinda a nivel individual y a nivel comunitario. Y en éste último nivel se debe considerar no sólo los costos y los beneficios, sino también la equidad. Las acciones más equitativas pueden o no ser las más costo-efectivas.

Los métodos para evaluar la calidad de la atención se pueden mejorar a través de:

1. La valoración coincidente del proceso y el resultado.
2. La inclusión de la calidad de vida como una medida de resultado.
3. La redefinición de los criterios de severidad de la enfermedad.
4. El desarrollo de criterios más flexibles de acuerdo con la variabilidad entre casos.

En vez de discutir continuamente acerca de si es mejor la evaluación del proceso o la evaluación de resultados, se debe evaluar a ambos simultáneamente, y comparar los juicios que resulten de estas evaluaciones. Esto ayudará a confirmar nuestras opiniones y a descubrir las fallas en el desempeño, o bien demostrará que nuestro conocimiento o nuestros criterios son deficientes.

Al medir resultados necesitamos urgentemente de medios para tomar en

consideración no solamente la duración de la vida, sino también su calidad. Necesitamos mejores métodos para adaptarse a la gravedad del caso, a fin de extraer conclusiones sobre la calidad de la atención a partir de los criterios del resultado. De manera similar, para una evaluación más precisa (del proceso y de los resultados), nuestros criterios y normas deberán ser flexibles a las variaciones de las características clínicas de los pacientes.

Algunos de los temas para rediseñar métodos que aseguren y mejoren la calidad, pueden resumirse de la siguiente manera:

1. Coordinación del monitoreo interno y de las actividades relacionadas.

a) Componentes nuevos y viejos.

b) Componentes centralizados y descentralizados.

c) Atributos de control y motivación.

d) Actividades de detección de errores y de educación.

e) Componentes de prevención de riesgos y de promoción de la calidad.

2. Coordinación de actividades de monitoreo interno y externo.

3. Diseño de sistemas de información apropiados.

Su opinión es que las actividades de garantía de la calidad tienen que

conformar un sistema interrelacionado, de algunas partes nuevas y otras antiguas; de algunas centralizadas y otras descentralizadas; de algunos de control y otras de motivación; de algunas que detectan fallas, y otras educativas; de algunas que preveen riesgos y otras que promuevan la calidad. Asimismo, es necesario, contar con el apoyo tanto de los elementos internos a una institución como con los externos; sin embargo, estos elementos no deberían obstaculizarse entre sí; finalmente, Donabedian piensa en un sistema de información que facilite la continua vigilancia epidemiológica del desempeño, como un elemento vital de todo sistema de garantía de la calidad.

Indiscutiblemente, se trata de una síntesis, de una postura ecuménica más que fragmentaria, opuesta al principio de que hay que escoger entre una filosofía u otra cuando, de hecho, cada una tiene su utilidad y sus limitaciones. En lugar de continuar el debate sólo sobre los fundamentos teóricos y filosóficos, deberíamos dedicarnos a la dura tarea de evaluar rigurosamente la eficacia y el costo de las diversas alternativas para diseñar e instrumentar sistemas de garantía de la calidad. El estudio de efectividad debería incluir la habilidad para modificar el comportamiento y medir las

consecuencias de ese cambio en los resultados de la atención. Asimismo, tendría que incluir la dilucidación de los factores que influyen en la efectividad.

Otro aspecto de gran prioridad, es el de prestar mayor atención a los consumidores como agentes que protejan e incrementen la calidad de la atención, teniendo en cuenta que pueden ser:

1. Productos de la atención médica.
2. Quienes fijan las pautas de la atención.
3. Reguladores de la atención.
4. Jueces de la calidad de la atención.

Los consumidores generan la atención al participar activamente, junto con sus médicos, en su propio cuidado. Ellos fijan los estándares al expresar sus preferencias en cuanto a los métodos, las circunstancias y los resultados de la atención. Asimismo, regulan la atención que se brinda al decidir cuál deben recibir o rechazar, así como su procedencia, al grado que tienen alternativas para escoger. Finalmente, juzgan la atención médica al expresar su satisfacción o insatisfacción ante sus diversos aspectos y consecuencias.

Por otra parte, es necesario educar y capacitar expertos en garantía de

calidad. El diseño e instrumentación de los sistemas de garantía de la calidad, es una labor de gran complejidad que requiere de un conocimiento y de una destreza considerables. Considera que esto aumenta la creación de una especialidad, con un status similar al de cualquier otra especialidad clínica. Una posible designación de este tipo de especialista, sería la de “epidemiólogo del desempeño clínico”.

De todas las prioridades aquí presentadas la que Donabedian considera más urgente, es la evaluación empírica de los métodos que garantizan la calidad. Sin embargo, cree que la prioridad más importante a largo plazo, es la promoción de una cultura de apoyo. La garantía de la calidad debe convertirse en una parte conocida, aceptable, incluso necesaria, de la vida profesional. Los medios para llevar a cabo esto incluyen:

1. Educación profesional;
2. Refuerzo de la participación personal a través de la educación y la capacitación, y durante la vida profesional, y
3. El apoyo institucional y político.

Por último, expresa una convicción que cada día se arraiga más y más

en él, en la medida que sigue profundizando en ésta materia. La presenta como un epílogo a ésta breve exposición aunque quizá debería ser su coronamiento:

“La búsqueda de la calidad constituye la dimensión ética de la vida profesional. Con ella, todo esfuerzo razonable de monitoría de la calidad tendrá éxito. Sin ella, el más ingenioso de los sistemas de monitoreo fracasará”. (23)

En los estudios anteriormente mencionados, se ha considerado al sexo como el género al que pertenece el paciente, la calidad de la atención de los servicios médicos como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos, el trato recibido se considera en cuanto al desarrollo de las relaciones interpersonales con los prestadores de servicio médico, con respecto al área de trabajo a evaluar, se refiere a las diversas secciones por las que el paciente tiene que transitar durante el proceso de atención de consulta médica; motivos de mala calidad se relacionan con hechos o acciones que causen molestia, disgusto y/o insatisfacción por la atención de los servicios médicos recibidos, y finalmente, sector derechohabiente se refiere al grupo en el que el trabajador

y familiares afiliados se encuentran clasificados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Quien investiga y se responsabiliza por éste trabajo, ha observado y escuchado en más de una ocasión quejas con respecto a los servicios médicos brindados, comparaciones con respecto a otros institutos en relación a la clínica de consulta externa del ISSTECH de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Aunque estos comentarios ocurren en las menos de las veces, llama la atención el hecho de que existen descontentos en los que se coincide y que muchas veces, esos descontentos o quejas no sean tan difíciles de solucionar, tanto para satisfacción del paciente, como del personal que labora en la clínica y de la propia institución en general.

De allí que surja la pregunta:

¿Cuál es la calidad de los servicios médicos brindados por la Clínica de Consulta Externa del ISSTECH, de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

JUSTIFICACION

Son múltiples las transiciones que en torno al tema de la calidad de la atención médica, se han dado en los últimos cien años. Sin embargo, como en muchos otros aspectos de la evolución contemporánea, los últimos diez años han sido particularmente dinámicos.

En todo el mundo, la preocupación por la calidad se ha ido haciendo más evidente, no sólo entre los políticos, sino también entre los profesionales de los servicios de salud, realizándose en México en 1992 el Congreso Mundial de Calidad de la atención a la salud. (18)

En Estados Unidos, en el estudio realizado por Helen Halpin Schaffer, Tracy Rodríguez y Arnold Milstein denominado “Health Education and Patient Satisfaction”, se menciona que los resultados de acuerdo a la opinión de los pacientes con respecto a los servicios médicos, son positivos. (16)

En México, mientras que estudios realizados por Teresita de J. Ramírez Sánchez, Patricia Nájera Aguilar y Gustavo Nigenda López, denominado “Percepción de la calidad de la atención de los servicios de

salud en México: perspectiva de los usuarios”, reportan que el 81.2% de los pacientes encuestados percibieron una buena atención médica (1); varias encuestas, entre ellas la realizada por la Fundación Mexicana para la Salud, denominada Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud, demostraron que el 44% de la población entrevistada considera la calidad de los servicios de salud regular o mala, lo que impone a nuestro país la obligación de mejorar los sistemas de atención actuales.

Por todo lo anterior, y debido a la falta de información en nuestro medio con respecto al tema, se justifica ampliamente el investigar la calidad de los servicios médicos brindados por la Clínica de Consulta Externa del ISSTECH, de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; desde la perspectiva de los usuarios.

Con ello, los pacientes se benefician al identificar los principales obstáculos que ellos y sus familias enfrentan, en la utilización de los servicios médicos; en el médico, esta participación activa dentro de la problemática, lo induce a la concientización de las necesidades y requerimientos de la población que asiste, mientras que el instituto se beneficia al tener información que le permitan tomar decisiones que tiendan

a mejorar la calidad de los servicios que se otorgan.

OBJETIVOS

GENERAL

Evaluar la calidad de los servicios médicos brindados por la Clínica de Consulta Externa del ISSTECH, de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; desde la perspectiva de los usuarios.

ESPECIFICOS

- * Identificar el sexo del encuestado.
- * Ubicar el sector derechohabiente.
- * Describir el trato personal por los prestadores de servicio.
- * Determinar el área laboral donde se brinda la mejor atención.
- * Definir el área laboral causa de mayores descontentos.
- * Conocer el resultado en cuanto a obtención de salud.
- * Detectar motivos de mala calidad de los servicios brindados.

METODOLOGIA

La investigación fue de tipo:

Prospectiva.

Descriptiva.

Transversal.

El universo de estudio se constituyó por todos los pacientes de 18 a 70 años de edad que recibieron asistencia médica en la Clínica de Consulta Externa del ISSTECH, de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; durante el período Junio - Agosto de 1998.

La muestra fue no aleatoria y secuencial a quienes reunieron los criterios de inclusión, conformándose por 3253 pacientes.

Los criterios de inclusión fueron: ser derechohabiente del ISSTECH, asistir a consulta en el período establecido, pertenecer al grupo de edad estudiado, desear participar en la investigación y contestar la encuesta en forma completa.

Los criterios de exclusión fueron: no ser derechohabiente del ISSTECH, no asistir a consulta en el período establecido, estar fuera del

rango de edad considerado, no desear participar en la investigación, no contestar la encuesta en forma completa, ser trabajador de la clínica.

El instrumento de recolección de datos fue la encuesta, la cual fue entregada y contestada directamente por los participantes en la sala de espera.

La variable dependiente a determinar fue la calidad de los servicios médicos; mientras que las variables independientes fueron: el sexo, sector derechohabiente, trato personal, áreas laborales con mejor atención y mayores descontentos, obtención de salud y motivos de mala calidad.

La investigación se realizó con profesionalidad y discreción respetando el anonimato del paciente, quien decidió libremente y sin coerción alguna, el participar o no en la investigación y sin causar daño alguno a su persona.

Se evitó falsear los datos durante el procesamiento y análisis de los mismos.

RESULTADOS

RESULTADOS

Durante el período Enero - Junio de 1998 se encuestó un total de 3253 pacientes, de 18 a 70 años de edad.

De este total, 2433 (74.8%) fueron mujeres, mientras que 820 (25.2%) hombres. (Gráf. 1)

El sector que manifestó mayor inconformidad fue magisterio con 1236 (38%) pacientes, seguido por burocracia con 944 (29%), seguridad pública con 683 (21%) y finalmente ISSTECH con 390 (12%). (Gráf. 2)

En relación al trato personal recibido por parte de los prestadores de servicio de la clínica fue bueno para 2635 (81%), regular para 228 (7%) y mala para 390 (12%). (Gráf. 3)

El 100 % de los encuestados consideró que el mejor trato lo reciben de parte de su médico. (Gráf. 4)

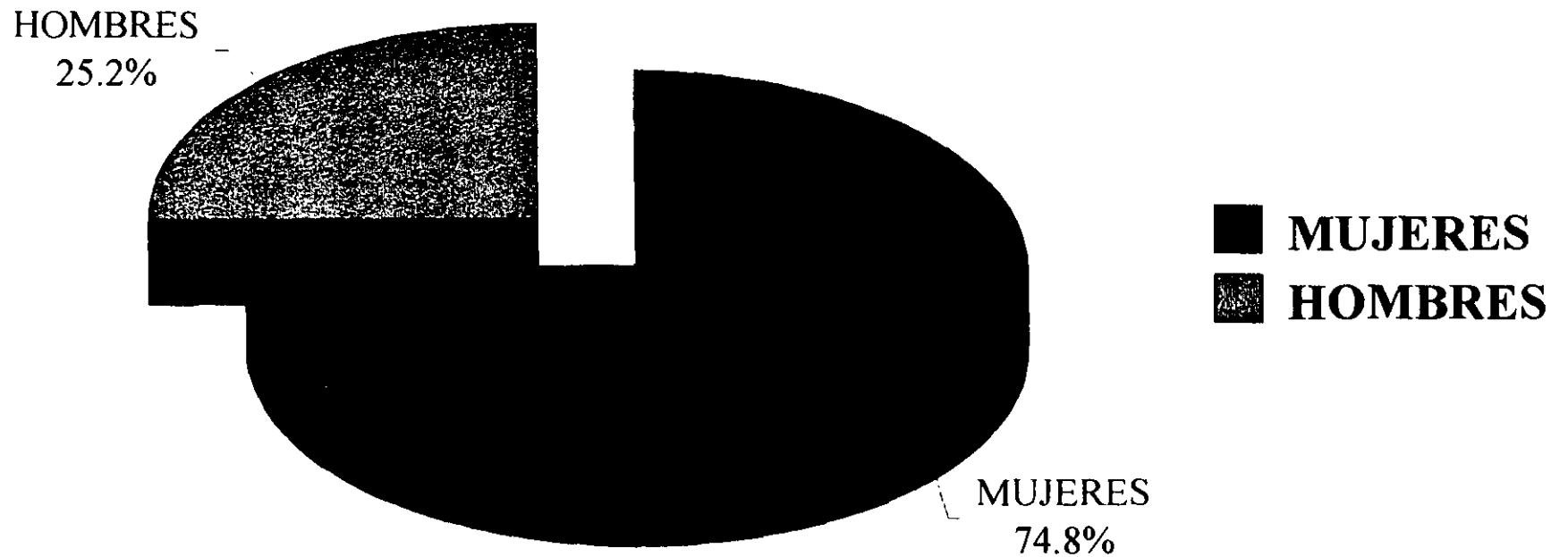
Las áreas con mayor descontento fueron: farmacia con 2798 (86%), Rx con 846 (26%), laboratorio 683 (21%), enfermería 488 (15%), recepción 390 (12 %), trabajo social 358 (11%), archivo 293 (9%) médicos 49 (1.5%), directivos médicos 33 (1%). (Gráf. 5)

Asimismo el 100% de los encuestados mencionó haber mejorado, en general, su salud. (Gráf. 6)

Con respecto a motivos que hablan de mala calidad en el servicio se encontró: 2727 (83%) falta de medicamentos en farmacia y vales, el 100% refirió un número insuficiente de consultas, 2017 (62%) mencionaron larga espera para ser atendido por el personal de enfermería debido a insuficiente personal, 1204 (37%) mencionaron la descompostura frecuente del aparato de Rx, o con tomas que no son adecuadas, 1008 (31%) lentitud en los estudios de laboratorio, 1236 (38%) tardanza por trabajo social en la entrega de documentos, 1529 (38%) larga espera en recepción y 130 (4%) poca accesibilidad de autoridades médicas de la clínica. (Gráf. 7)

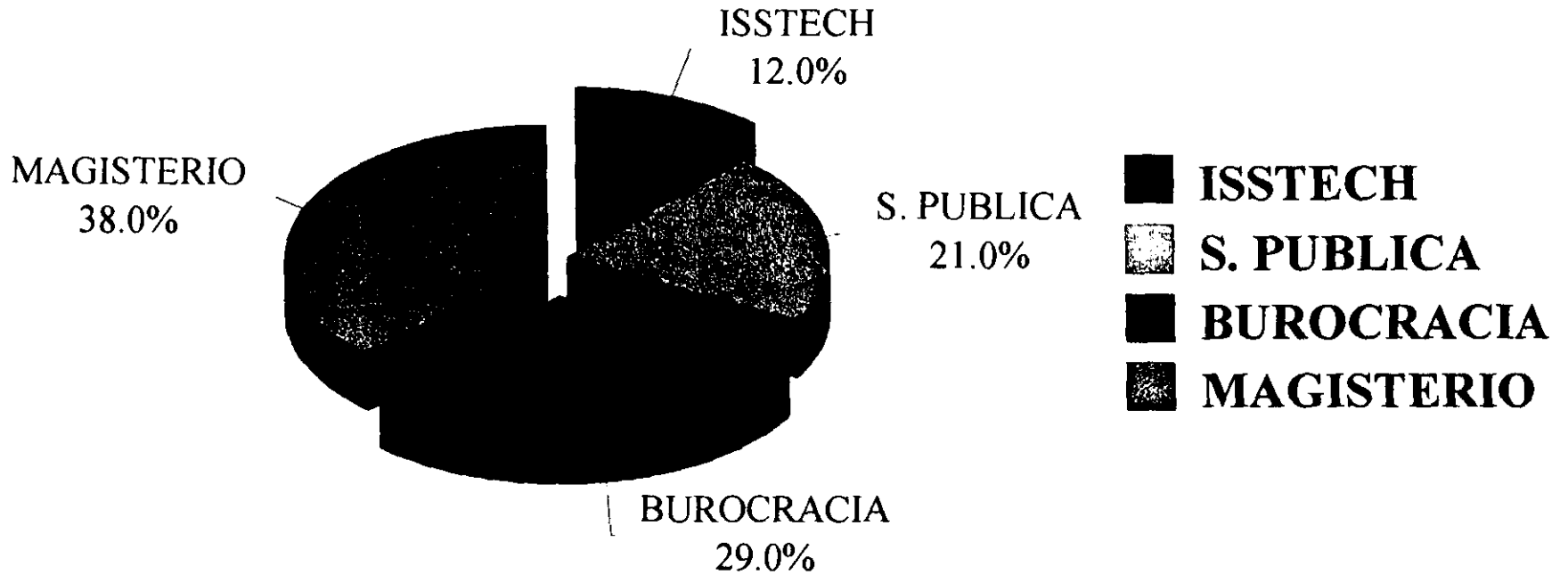
Finalmente para 2238 (68.8) pacientes la calidad fue buena, para 488 (15%) fue regular y para 527 (16.2%) fue mala. (Gráf. 8)

SEXO



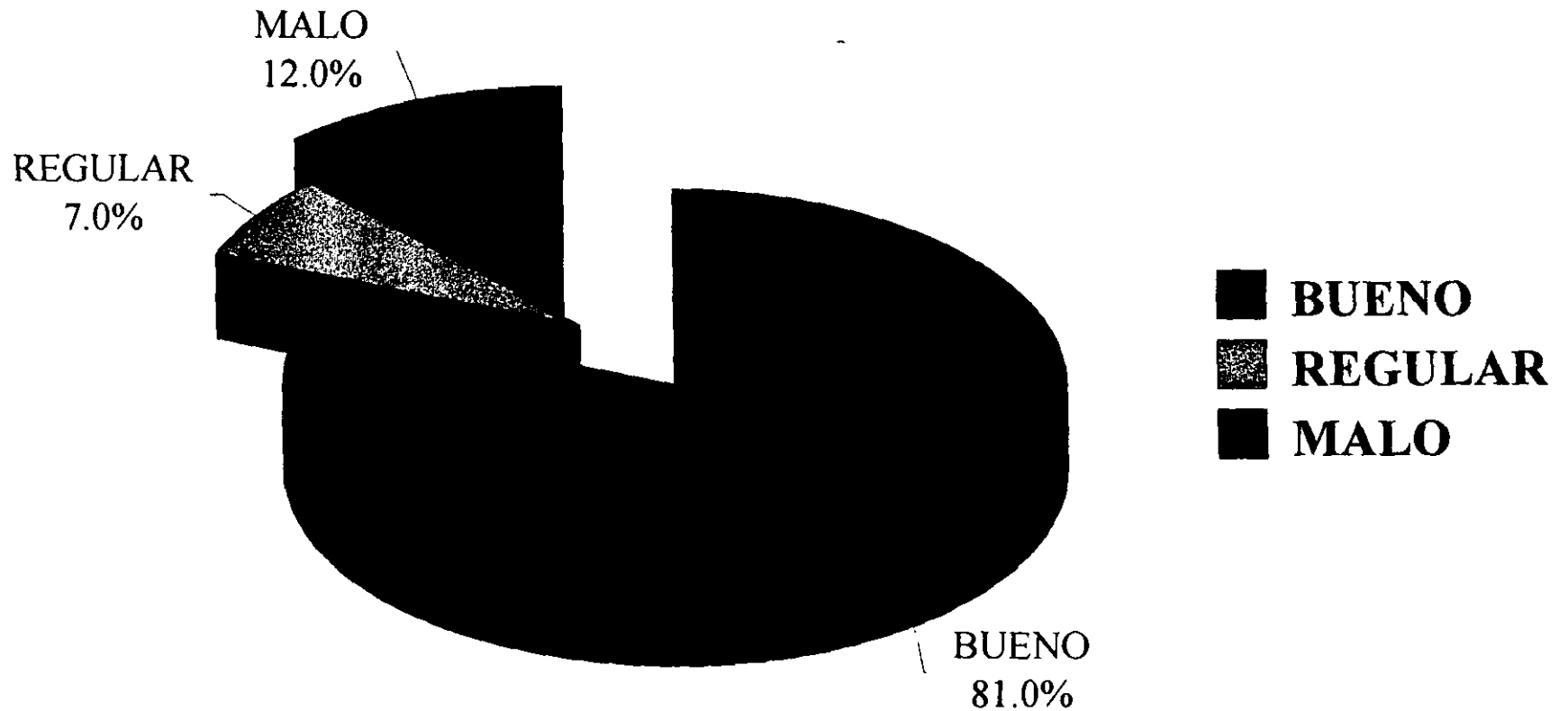
GRAF. 1: FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

SECTOR DERECHOHABIENTE



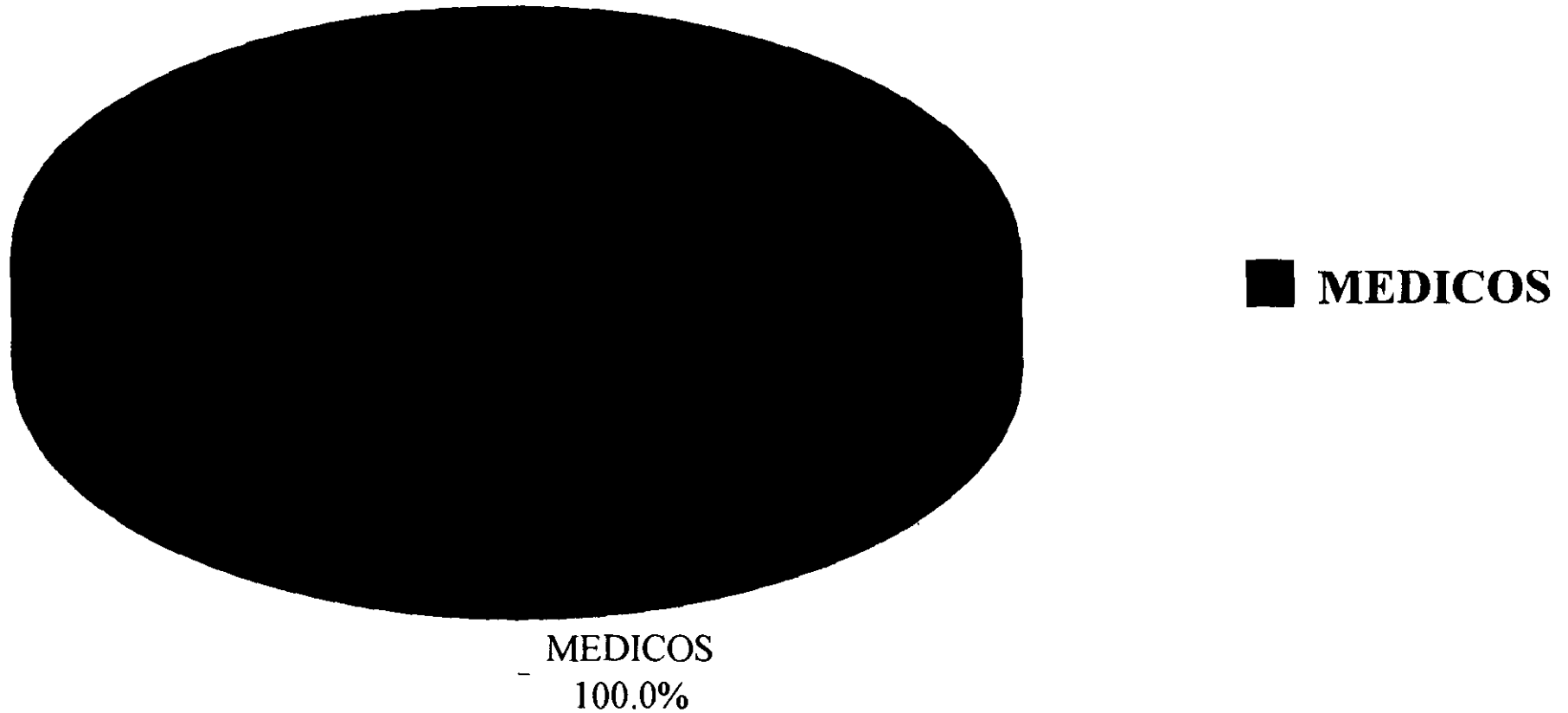
GRAF. 2: FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

TRATO PERSONAL



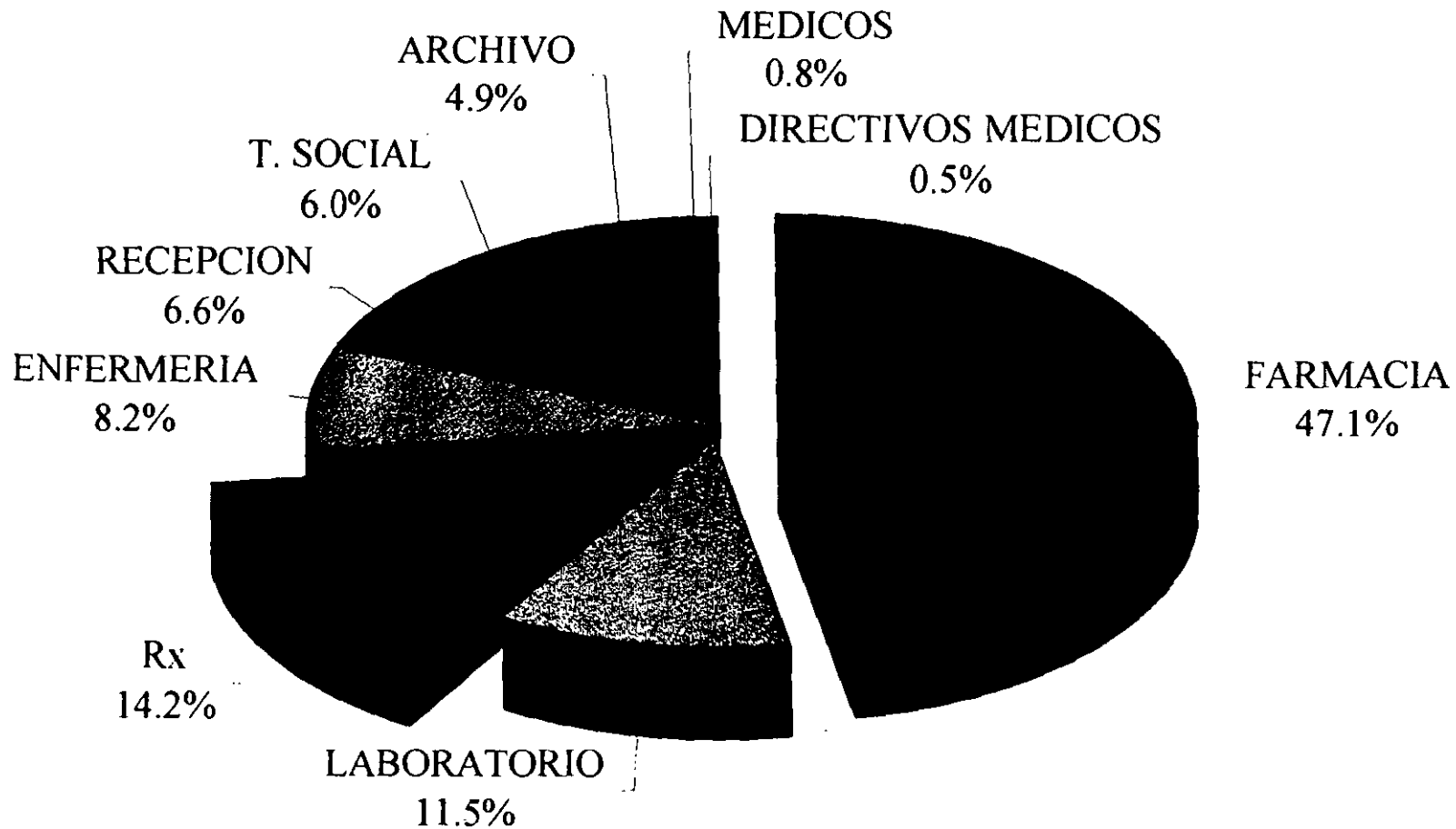
GRAF. 3: FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

AREA DE MEJOR TRATO RECIBIDO



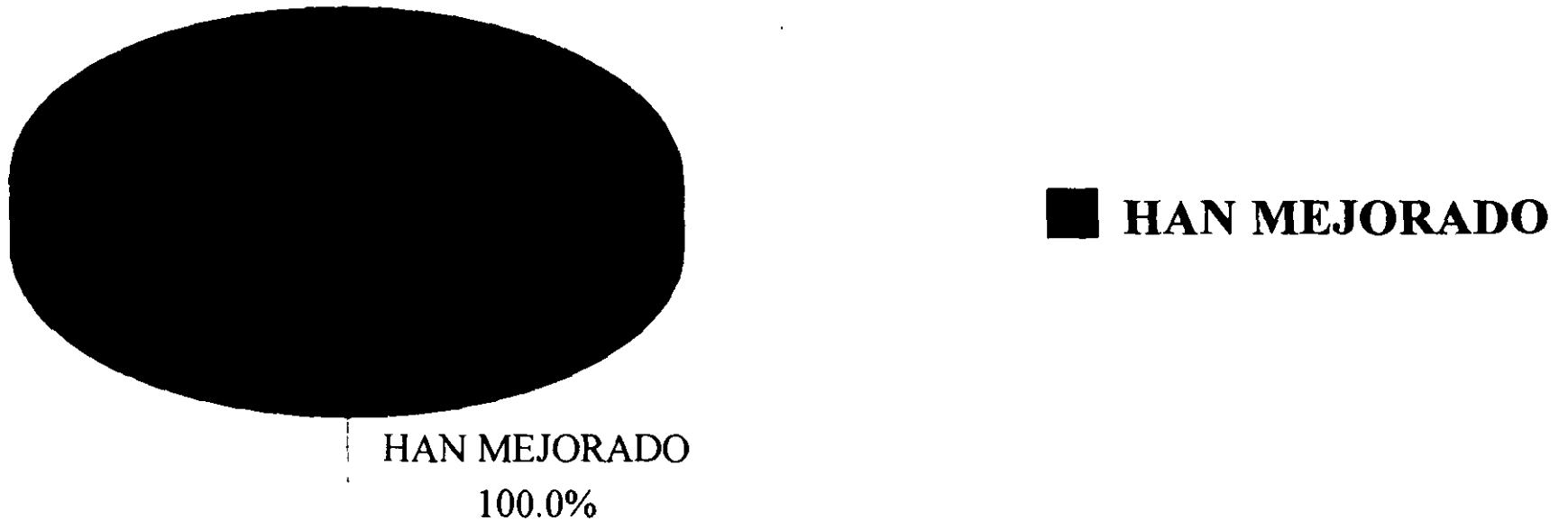
GRAF.4: FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

AREAS DE MAYOR DESCONTENTO



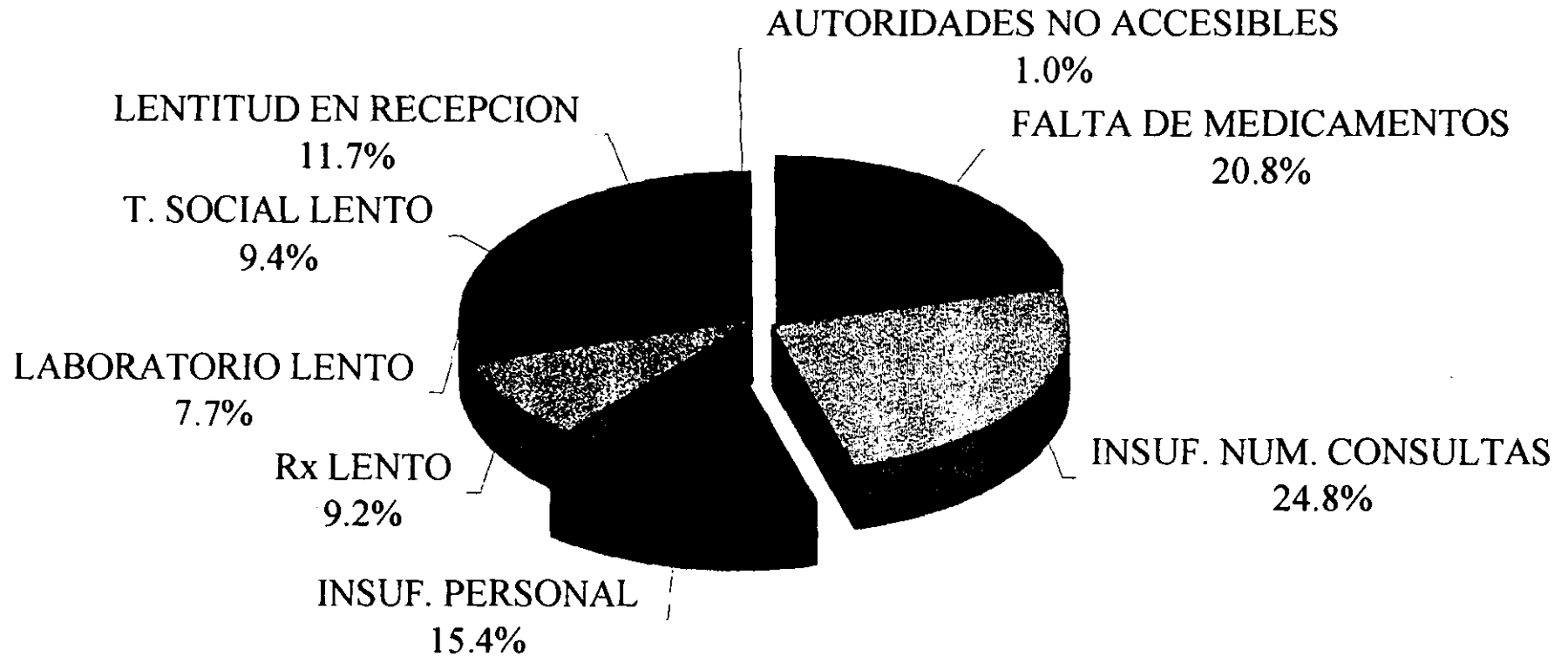
GRAF. 5: FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

MEJORIA EN SU SALUD



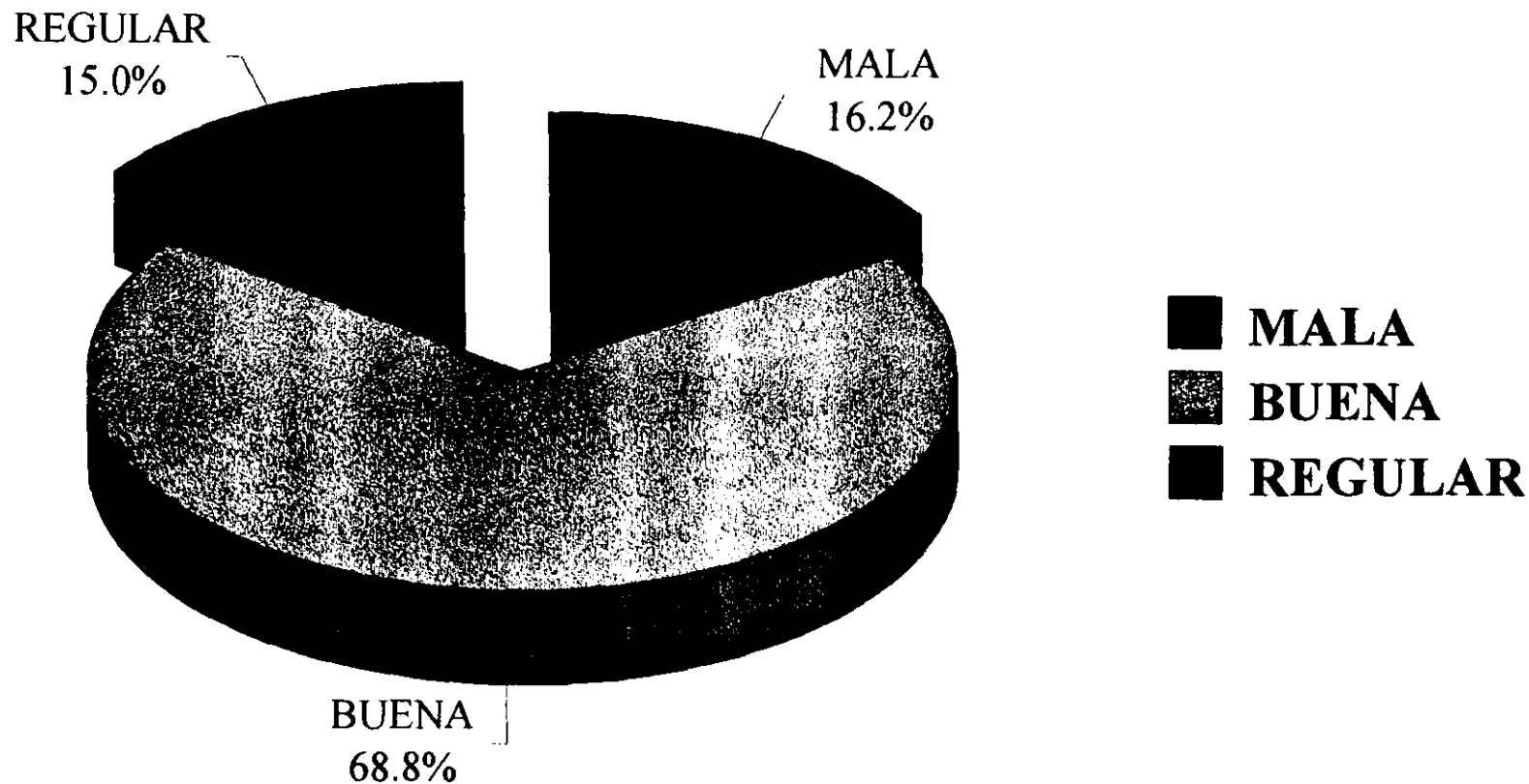
GRAF. 6: FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

MOTIVOS DE MALA CALIDAD



GRAF. 7: FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

CALIDAD DE SERVICIOS MEDICOS



GRAF. 8: FUENTE: ENCUESTA REALIZADA

DISCUSION

En la investigación realizada se detectó, que en la calidad de los servicios médicos brindados por la Clínica de Consulta Externa del ISSTECH de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; desde la perspectiva de los usuarios, existen problemas que afectan esa calidad.

El mayor porcentaje de encuestados perteneció al sexo femenino, lo que concuerda con el estudio denominado “Análisis de la Satisfacción del Usuario y de la Productividad de un Modelo de Atención Primaria con la Participación de Médicos y Técnicos”, de Ricardo Pérez Cuevas y Cols. (24)

Los sectores que manifestaron en mayor porcentaje inconformidad fueron magisterio y burocracia, no existiendo bibliografía con que comparar.

Con respecto al trato recibido por parte de los prestadores de servicios de la clínica, la mayoría opinó que fue bueno, lo que es acorde con los resultados obtenidos por Ramírez T. y Vargas C. en “Perspectiva de la Calidad de la Atención en una Institución no Lucrativa”. (25)

En relación al área donde recibió mejor trato, todos sin excepción, respondieron que es con su médico tratante, lo que es acorde con lo

mencionado en el estudio de Ricardo Pérez Cuevas y Cols. (24), pero difiere de los resultados de Torio Durántez y García Tirado en “Relación Médico - Paciente y Entrevista Clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios. (15)

Referente las áreas donde se manifestó mayor descontento, en general, se trata de los mismos referidos en los estudios de Ramírez T, Becerra F., Nájera P., denominado “Satisfacción de los Usuarios de los Servicios Hospitalarios. Datos de la Encuesta Nacional de Salud II” (26), y con el de Torio (15) y el de Teresita de Jesús Ramírez Sánchez y cols., llamado “Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud en México: Perspectiva de los usuarios”. (1)

El total de los encuestados refirió mejoría en su salud, lo que no difiere en forma importante con los resultados de Ramírez Sánchez y Cols.

(1)

Por último, en relación a los motivos considerados como causas de mala calidad, concuerda con los resultados de los estudios anteriores y con el de Mario Bronfman y Cols. en “Del “Cuanto” al “Porqué”: la Utilización de los Servicios Médicos desde la Perspectiva de los Usuarios” (27), aunque en el presente caso es la falta de medicamentos en farmacia y el no canje de

vales, además de la saturación de las consultas lo que más incomoda a los derechohabientes.

En general, los servicios médicos brindados por la Clínica de Consulta Externa del ISSTECH en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; tienen una buena calidad para las dos terceras partes de la población encuestada, mientras que para la otra tercera parte restante fué regular o mala, esto difiere del resultado de Ramírez Sánchez y col., quienes encontraron que la mayoría manifestó buena calidad ⁽¹⁾, pero si concuerda con el de Torio Durántes y cols ⁽¹⁵⁾.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que:

- En general, la calidad de los servicios médicos brindados por la Clínica de Consulta Externa del ISSTECH, de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; es buena.
- Sin embargo, un porcentaje significativo de pacientes la considera mala.
- Fueron mujeres las que en su mayoría manifestaron inconformidad.
- El sector derechohabiente más inconforme con la calidad fue magisterio.
- Son los médicos los que mejor trato brindan a los derechohabientes.
- El área con mayor descontento es farmacia, por falta de medicamentos y vales no canjeables.
- La clínica no cuenta con la capacidad de atender en consulta al número de derechohabientes afiliados.
- En general, al paciente se le soluciona el problema de salud por el que acude a la clínica.
- Se alcanzaron los objetivos planteados.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

PROPUESTA

- **Evaluar la satisfacción laboral de los prestadores de servicio.**
- **Brindar motivación a los prestadores de servicio para que brinden mejor trato a los derechohabientes.**
- **Evaluación de costos de medicamentos para evitar escases de los mismos.**
- **Dar mantenimiento al aparato de Rx.**
- **Contratación de personal de enfermería.**
- **Informar a los derechohabientes de las funciones de la clínica.**
- **Informar a los derechohabientes de sus obligaciones para con la clínica.**
- **Educar al derechohabiente para que cumpla en sus citas, horarios, etc., que se le indiquen.**
- **Agilizar la realización y entrega de resultados de laboratorio.**
- **Brindar por lo menos una hora a la semana, por parte de los directivos médicos, para que el derechohabiente exponga sus quejas directamente con ellos.**
- **Entrenamiento del personal de archivo y recepción para mejorar la**

rápidez en la atención al público.

- Fijar horas exactas para la entrega de horarios de consulta, y respetarlas, para evitar quejas sin fundamento.
- Informar al derechohabiente que también existen reglamentos y limitaciones, para que estos no abusen del personal con quejas infundadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Ramírez Sánchez Teresita de Jesús, Najera Aguilar Patricia, Nigenda López Gustavo. Percepción de la calidad de la atención de los Servicios de Salud en México: Perspectiva de los Usuarios. "SALUD PUBLICA DE MEXICO". México. Enero-Febrero 1998. Vol. 40. #1. 3-12 pp.
- 2) Vidal Pineda L., Reyes Zapata H. Diseño de un Sistema de Monitoría para el Desarrollo de Programas de Garantía de Calidad. "SALUD PUBLICA DE MEXICO". México. 1993. Vol. 35. 326-331 pp.
- 3) Ruelas barajas C. Calidad, Productividad y Costos. "SALUD PUBLICA DE MEXICO". México. 1993. Vol. 35. #3. 298-304 pp.
- 4) Sandoval Priego Aracely y Cols. Satisfacción del Usuario Externo: Análisis Comparativo con Variables Organizacionales. "REVISTA MEDICA DEL IMSS". México. 1997. Vol. 35. #1. 43-47 pp.
- 5) Arredondo A., Hernández P., Cruz C. La incorporación de la Perspectiva Económica en el Análisis del Sector Salud en Países Latinoamericanos. "CUAD. MED. SOC.". Chile. 1993. 34 (1): 33-44 pp.
- 6) Arredondo Armando, Damián Teresa. Una Aproximación al Estudio de Costos de Servicios en Salud Pública. "SALUD PUBLICA DE MEXICO". México. Septiembre-Octubre 1995. Vol. 37. #5. 437-445 pp.
- 7) Materson Barry J., Quintana Olga. El Costo de la Garantía de Calidad. "SALUD PUBLICA DE MEXICO". México. Mayo-Junio 1993. Vol. 35. #5. 305-310 pp.
- 8) Soto Alvarez J., Fernández Cano P. Análisis de Evaluación Económica de Medicamentos en Atención Primaria: Concepto, Metodología y

Aplicaciones Prácticas. "ATENCIÓN PRIMARIA". México. Diciembre 1997. Vol. 20. #10. 563-568 pp.

9) Sacristán J., Soto J., Reviriego J., Galende I. Farmacoeconomía: El Cálculo de la Eficiencia. "MED. CLIN." España. 1994. Vol. 103. 143-149 pp.

10) Martínez Escudero J., Baeza Berruti J. Rubio Manzanarez, Bermejo J., Palacios López M. Impacto de un Programa de Uso Racional del Medicamento Sobre la Prescripción Farmacéutica en un Área de Salud. "ATENCIÓN PRIMARIA". México. 1996. Vol. 18. 551-557 pp.

11) Rozanbojm J., Palladiro E., Azvedo A. Sistema Experto de Diagnóstico Clínico para el Apoyo de la Primera Consulta. "SALUD PÚBLICA DE MÉXICO". México. Mayo-Junio 1993. Vol. 35. #3. 321-325 pp.

12) Balint M. "EL MÉDICO, EL PACIENTE Y LA ENFERMEDAD". Ateneo. Argentina 1961.

13) Korsch B., Gozzi E., Francis V. "Gaps in Doctor-Patient Communication: I Doctor-Patient Interaction and Patient Satisfaction. "PEDIATRICS". U.S.A. 1968. 42: 855 P.

14) Davis M. Variations in Patients' Compliance with Doctors' Advice: and Empirical Analysis of Patterns of Communication. "AMERICAN JOURNAL PUBLIC HEALTH". U.S.A. 1968. Vol. 58 274 p.

15) Torio Durántez J., García Tirado. Relación Médico-Paciente Y Entrevista Clínica (I): Opinión y Preferencias de los Usuarios. "ATENCIÓN PRIMARIA". México. Enero 1997. Vol 19 #1. 18-26 pp.

16) Halpin Schaffer Helen, Rodríguez Tacy, Miltein Arnold. Health Education and Patient Satisfaction. "THE JOURNAL FAMILY PRACTICE". U.S.A. Enero 1996. Vol. 42. #1. 62-68 pp.

17) Sálidas Oviedo C., Laguna Calderón J., Mendoza Martínez M. La Satisfacción Laboral y su Papel en la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. "SALUD PUBLICA DE MEXICO". México. Enero-Febrero 1994. Vol. 34. #1. 22-29 pp.

18) Ruelas Barajas Enrique. Los Paradigmas de la Calidad en la Atención Médica. "GACETA MEDICA DE MEXICO". México. 1997. Vol.133. #2. 141-146 pp.

19) Fernández Héctor, Varela Mejía. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Calidad de la Atención. "GACETA MEDICA DE MEXICO". México. 1997. Vol. 133. #1. 57-60 pp.

20) Carrada Bravo Teodoro. Reflexiones Sobre la Educación Humanista. "MEDICO MODERNO". México. Marzo 1997. Año XXV. #7. 8-20 pp.

21) Carrada Bravo Teodoro. Reflexiones Sobre el Futuro de la Profesión Médica.. "EL SOL DE IRAPUATO. SECCION A". 1995. Miercoles 25 de Octubre. 4 p.

22) Santa María S., Arellano López J., Jaimes Malacara, Ocampo D., Herrera Bueno J. IMSS "DOC. REUNION NACIONAL DE EDUCACION MEDICA. OAXTEPEC MORELOS: IMSS.". Coordinación de Educación Médica. México. 1995. 1-13 pp.

23) Donabedian Avedis. Prioridades para el Progreso en la Evaluación y Monitoreo de la Calidad de la Atención. "SALUD PUBLICA DE MEXICO". México. Enero-Febrero 1993. Vol. 35. #1. 94-97 pp.

24) Pérez Cuevas Ricardo y Cols. Análisis de la Satisfacción del Usuario y de la Productividad de un Modelo de Atención Primaria con la Participación de Médicos y Técnicos. "SALUD PUBLICA DE MEXICO". México. Septiembre-Octubre 1994. Vol. 36. #5. 492-502 pp.

25) Ramírez T., Vargas C. Percepción de la Calidad de la Atención en una Institución no Lucrativa. "II CONGRESO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCION A LA SALUD". México. Junio 1995. 5-6 pp.

26) Ramírez T., Becerra F., Najera P. Satisfacción de los Usuarios de los Servicios Hospitalarios. Datos de la Encuesta Nacional de Salud. "II CONGRESO NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCION A LA SALUD". México. Junio 1995. 1-2 pp.

27) Bronfman y Cols. Del "Cuanto" al "Porque": la Utilización de los Servicios de Salud desde la Perspectiva de los Usuarios. "SALUD PUBLICA DE MEXICO". México. Septiembre- Octubre 1997. Vol. 39. #5. 442-450 pp.

A N E X O S

ENCUESTA

FECHA _____

EDAD _____ SEXO: MASCULINO() FEMENINO ()

SECTOR: MAGISTERIO () BUROCRACIA () ISSTECH ()

SEGURIDAD PUBLICA ()

EL TRATO RECIBIDO DE PARTE DEL PERSONAL QUE LABORA EN
LA CLINICA HA SIDO: BUENO () REGULAR () MALO ()

CUAL ES EL AREA DONDE MEJOR TRATO RECIBE.

RECEPCION () ARCHIVO () ENFERMERIA () MEDICOS
()

FARMACIA () LABORATORIO () Rx () TRABAJO S. ()
DIRECTIVOS MEDICOS ()

EN QUE AREAS HAN SURGIDO LOS DESCONTENTOS:

RECEPCION () ARCHIVO () ENFERMERIA () MEDICOS ()
FARMACIA () LABORATORIO () Rx () TRABAJO S. ()
DIRECTIVOS MEDICOS ()

SU SALUD HA MEJORADO CON LOS TRATAMIENTOS
RECIBIDOS?

SI ()

NO ()

MENCIONE MOTIVOS QUE HABLEN DE MALA CALIDAD DE LOS
SERVICIOS MEDICOS DE ESTA CLINICA ISSTECH:

EN GENERAL COMO CONSIDERA EL SERVICIO MEDICO
RECIBIDO:

BUENO ()

REGULAR ()

MALO ()

OBSERVACIONES: _____

POR SU PARTICIPACION ¡GRACIAS!